

De huisarts op slag van twaalven

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt

van gewoon lector in de huisartsgeneeskunde

aan de Medische Faculteit Rotterdam

op woensdag 18 november 1970

door

Dr. M. J. van Trommel

© 1970 Wolters-Noordhoff nv Groningen, The Netherlands.

Niets uit deze uitgave mag worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 90 01 87301 4

*Voor hem die niet weet naar welke haven
hij moet varen, is geen enkele wind gunstig.*

SENECA

Dames en Heren,

De huisarts, van oudsher gewend aan zijn werkterrein buiten de universiteit en buiten de poort van het ziekenhuis, werd verzocht binnen te treden. Hij moest zich, als beoefenaar van extramurale geneeskunde scharen temidden van vakbroeders, die beoefenaren zijn van intra-murale geneeskunde.

Hoewel het vanzelfsprekend niet te verwonderen is, dat beide categorieën moeten trachten elkaars dialect binnen het medisch taalgebied te leren verstaan, moet het mij van het hart te vermelden, dat gij leden van de Medische Faculteit Rotterdam, u bijzonder bereidwillig hebt getoond om de huisarts in uw midden op te nemen.

Wanneer ik de geschiedenis van de laatste jaren overzie dan blijkt zij zich, zoals wij reeds sinds mensenheugenis weten, te herhalen. Vanaf 1967 heeft ieder jaar aan een Nederlandse universiteit een huisarts in het openbaar zijn ambt als hoogleraar of als lektor aanvaard. Bij ieder van deze redevoeringen had de betrokken huisarts behoefte om het wezen van de huisartsgeneeskunde en zijn positie binnen de muren van de universiteit, doch praktiserend daarbuiten, nader te omschrijven. Echter bij ieder van deze redevoeringen bleek hoe moeilijk het was de plaats en de functie van de huisarts te duiden.

Ik ben van mening, dat deze moeilijkheid voortkomt uit het feit dat de huisarts zijn werkgebied, evenals de inhoud van zijn werk steeds weer aanpast aan de omstandigheden en het tijdsbeeld, waarin hij zijn functie uitoefent. Het zal u bekend zijn dat die omstandigheden aan een voortdurende verandering onderhevig zijn en u zult het, naar ik aanneem, met mij eens zijn dat wij ons thans in een periode bevinden, waarin veranderingen met steeds kortere tussenpozen, als in een stroomversnelling optreden. Wil men de plaats van de huisarts nader bepalen dan zal men niet alleen rekening willen houden met invloeden, die van belang zijn geweest op een veranderde instelling van de huisarts binnen het geheel van ons gezondheidsbestel, doch men wil evenzeer rekening houden met vermoedelijke veranderingen in de toekomst.

Zo kenschetste bijvoorbeeld Van Es in zijn inaugurele rede het huisarts zijn niet als een specialisme, doch als een speciale wijze van functioneren. Polak bracht in zijn rede daartegen in, dat de huisarts weliswaar geen specialist is in de gebruikelijke zin van het zich be-

perken tot een groep patiënten of tot een deel van de geneeskunde, doch hij stelde dat het gebied van de huisarts toch zoveel eigen kenmerken heeft en zoveel voorbereiding eist, dat de term specialist in de betekenis die daar in het algemeen aan wordt gehecht ook voor de huisarts – als hij aan de te stellen eisen voldoet – kan worden gebruikt. Met deze laatste zienswijze kan ik mij geheel verenigen.

Allen, die hebben getracht te onderkennen, waarin de huisarts-geneeskunde zich onderscheidt van andere takken aan de geneeskundige boom, zijn het erover eens dat een belangrijk kenmerk is gelegen in het integrale karakter van de zorg, die de huisarts verleent. De huisarts is in het algemeen beter dan de ziekenhuisspecialist in staat, de patiënt als een totaliteit te overzien.

Aangezien de huisarts te maken heeft met een min of meer omschreven bevolkingsgroep, die gedurende zijn loopbaan weinig verandert, is hij bij uitstek in staat, wanneer zijn hulp wordt ingeroepen bij een zieke, het medisch verleden van zijn patiënt te betrekken in zijn oordeelsvorming. Hierdoor kan hij tevens beter het verloop van de ziekte in de toekomst schatten; immers, waar het leven van de mens is uitgespannen tussen verleden en toekomst, zijn ook de pathogenetische krachten van het verleden van invloed op het verloop van een ziekte in de toekomst.¹⁴

Met deze opvatting is de omschrijving van de functie van de huisarts, opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap in overeenstemming: het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuen en gezinnen, die zich aan de huisarts toevertrouwen.¹²

Men mag zich echter wel afvragen, of de huisarts in staat is en vooral ook in de toekomst in staat zal zijn, overeenkomstig deze omschrijving, de hem toebedachte plaats in het gehele bestel van de gezondheidszorg te blijven innemen.

Hoewel veelvuldig wordt gesteld, dat tussen de 80 en 90 procent van de ziektegevallen die de huisarts worden aangeboden, door de huisarts zelfstandig, dat wil zeggen zonder verwijzing naar een ziekenhuisspecialist worden afgehandeld, wordt van vele zijden twijfel uitgesproken of hiermee ook gesteld mag worden, dat hij op adequate wijze in staat is zijn functie uit te oefenen.

Ik noem u bijvoorbeeld het in februari 1970 gehouden Begrotingsdebat Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarin uit onze Volksvertegenwoordiging zowel links georiënteerde sprekers en rechts georiënteerden, alsook vertegenwoordigers van partijen, die geacht worden het middenveld van het politieke terrein te bestrijken, zich

kritisch hebben getoond ten aanzien van het huidige functioneren van de huisarts.² De mate, waarin publiciteitsmedia aandacht besteden aan de plaats en de functie van de huisarts in het gezondheidsbestel behoeft geen nadere verduidelijking.

Ook hebben binnen het kader van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de beroepsorganisaties de huisartsen zelf zich met hun toekomstverwachting bezig gehouden, helaas tot op heden met onvoldoende concrete voorstellen voor ogen.

In dit raam bezien is het niet verwonderlijk dat de huisarts zich van alle zijden zag aangevallen en dat hij duidelijk terreinverlies heeft gesignaleerd, zowel wat zijn vertrouwensrelatie met de patiënt, als wat zijn plaats in het geheel van de gezondheidszorg betreft. Het is echter niet alleen in de wereld van de huisartsgeneeskunde, doch op ieder terrein van het maatschappelijk leven, dat bestaande structuren, normen en gedragsregels op de helling worden gezet. Zonder deze herwaardering ontbreekt ook de mogelijkheid tot het scheppen van ruimte voor nieuwe organisatievormen.²⁰

Dames en heren, ik stel mij voor van deze gelegenheid gebruik te maken om u te schetsen op welke wijze mijns inziens de huisarts in de toekomst zal kunnen blijven functioneren.

Alvorens gedachten omtrent een herwaardering uit te spreken is het nodig vast te stellen, wat men wil trachten te veranderen, zodat geen foutief werkende systemen worden overgebracht in een nieuw werkschema.

De inhoud van het werk van de huisarts, zijn plaats in de gezondheidszorg, zijn wijze van werken, de relatie tot zijn patiënten, zijn maatschappelijke en economische positie worden door een veelheid van factoren beïnvloed.

Een aantal omstandigheden, die hebben bijgedragen tot een veranderde plaatsbepaling, wil ik gaarne de revue laten passeren. De betrekkelijk gebrekkige mogelijkheden tot waarneming, die de mens van nature ten dienste staan, waren vroeger de enige hulpmiddelen om een ziekte te diagnostiseren. Thans zijn grote vorderingen geboekt en binnen de bereikbaarheid van de huisarts gekomen onder andere op het gebied van de bacteriologie, de röntgenologie en de biochemie.

Door het gebruik van moderne geneesmiddelen zoals antibiotica, zijn vele infectieziekten: luchtweginfecties, tuberculose en vele andere ziekten zeer sterk teruggedrongen. Hierdoor is meer de nadruk komen te liggen op bijvoorbeeld degeneratieve afwijkingen, hormo-

nale stoornissen en kwaadaardig verlopende ziekten, dat wil zeggen de stoornissen die niet geneeslijk zijn komen meer naar voren. In de patiëntenzorg treedt dientengevolge een accentverschuiving op van het trachten te genezen naar het trachten te voorkómen, te ondersteunen en te begeleiden. Soms is hierbij zelfs levenslange begeleiding nodig.

Huygen kenschetste deze accentverschuiving als een verschuiving van 'cure' naar 'care'.¹³

In de eerste linie van de gezondheidszorg dient niet meer alleen medisch-technische hulp, doch ook sociaal-medische hulp te worden gegeven. Dat dit slechts optimaal kan worden gegeven in nauwe samenwerking tussen praktiserende medici en werkers op het gebied van de sociaal-medische dienstverlening zal u duidelijk zijn. Helaas blijkt dit in de praktijk in onvoldoende mate mogelijk te zijn, wegens het bestaan van kommunikatiestoornissen tussen de funktionarissen in de frontlinie van de geneeskundige zorg, te weten de wijkverpleegster, de maatschappelijk werker en de huisarts. Ieder van hen heeft zich een werkkerrein toegemeten, terwijl uitwisseling van gegevens en gezamenlijk uitstippelen van een beleid slechts zeer sporadisch plaats vindt.

Ook zijn kommunikatieproblemen ontstaan doordat een ieder die leemten in de gezondheidszorg meent te onderkennen, zijn eigen problemen is gaan oplossen door het tot stand brengen van konsultatiebureau's voor zuigelingenverzorging, moederschapszorg, bestrijding van tuberculose, alcoholisme, reuma enz.⁵ Behalve het oproepen van kommunikatieproblemen heeft het instellen van dergelijke diensten de taak van de huisarts uitgehold.⁴

Ik kan mij voorstellen, dat u zich afvraagt, hoe het toch mogelijk is dat in een land dat zijn organisatievorm van gezondheidszorg zodanig heeft opgebouwd, dat de huisarts daarin, beschermd door een verwijzingssysteem een centrale positie inneemt, het deze huisarts steeds moeilijker wordt de hem toebedachte plaats waar te maken. Hiervoor zijn enerzijds strukturele en maatschappelijke factoren, waarvan ik u enkele heb genoemd verantwoordelijk, doch anderzijds en wellicht zelfs in de eerste plaats de wijze van praktijkvoering van de huisarts zelve.

Ik acht dit des te waarschijnlijker, aangezien strukturele invloeden van land tot land wisselen, de werkwijze van de huisarts van land tot land vrijwel gelijk is en de problematiek van de huisarts, die ik u in het kort reeds schetste van land tot land eveneens vrijwel gelijk is.¹⁷

De organisatievorm van een huisartspraktijk en de werkwijze van de huisarts zijn in een tijdsbestek van een eeuw niet essentieel gewijzigd.

De huisarts in Nederland werkt over het algemeen in een eenmanspraktijk en het is juist deze organisatievorm, die in toenemende mate niet meer aan de gestelde eisen zal voldoen. Eenzelfde ontwikkeling die zich in de industriële samenleving reeds sinds het midden van de vorige eeuw heeft voltrokken.

De snelheid en de uitgebreidheid van medische en wetenschappelijke vorderingen in de laatste decennien zijn zeer indrukwekkend en zodanig dat ook menig ziekenhuisspecialist, die zijn aandacht kan beperken tot een omschreven deel van de medische wetenschap, het eigen vakgebied niet meer in zijn geheel kan overzien en kan hanteren. Zo is het de gewoonste zaak van de wereld geworden dat een patiënt, die lijdt aan een iets ingewikkelder ziekte dan als een normaal routineprobleem kan worden beschouwd, wordt behandeld door een team van ziekenhuisspecialisten.

Het is ook voor de huisarts niet weggelegd, dat hij als eenling het gehele gebied van de medische wetenschap met zijn toenemende specialisatie en divergentie van deelgebieden, kan overzien. Het werken in een eenmans huisartspraktijk heeft echter nog een implicatie. Deze werkwijze houdt in, dat onvoldoende controle op de kwaliteit van zijn medische prestaties mogelijk is. Immers de patiënt is tot het uitoefenen van controle niet in staat – hij kan veelal slechts de houding van de arts ten opzichte van de patiënt beoordelen, dat wil zeggen de verpakking waarin de medische prestatie wordt geleverd – en de ziekenhuisspecialist is hiertoe veelal niet in staat, aangezien hij niet nauwkeurig op de hoogte is van de werkwijze en mogelijkheden van de huisarts. Tot voor kort werd hij namelijk tijdens zijn gehele opleiding tot arts, evenals tijdens zijn opleiding tot ziekenhuisspecialist niet geïnformeerd over de denk- en werkwijze van de huisarts. In ons gehele samenlevingspatroon, zowel in industrieel als ook in bestuurlijk verband wordt als juist aanvaard dat een intern controlesysteem, waarbij ook in hiërarchisch verband de ene functionaris controle kan uitoefenen op de andere, onontbeerlijk is, voor het goed en gezond laten functioneren van ons bestel. De huisarts nu, werkend in een solopraktijk, mist de zonodige 'interne controle', waarmee ik bedoel, dat de ene huisarts de andere huisarts in voldoende mate kan corrigeren. Het gevolg hiervan is, dat hij onvoldoende de gelegenheid krijgt te ervaren, welke lakunes in zijn medische kennis aanvulling behoeven, waardoor hij het gevaar loopt dat de kwaliteit van zijn medische prestaties niet meer aangepast

blijft aan de eisen die een snel veranderende samenleving nu eenmaal stellen. Het schenkt mij voldoening te kunnen konstateren dat in kringen van de huisartsen zelve deze diskrepantie tussen eisen van de samenleving en mogelijkheden van de huisarts onderkend werden en het sterkt mij in de verwachting dat hierdoor aanpassing aan die eisen mogelijk zal blijken te zijn. Het is duidelijk dat, waar deze diskrepantie is ontstaan door een groot aantal factoren, het treffen van een enkele maatregel deze aanpassing niet tot stand kan brengen.

Alvorens zich te kunnen bezig houden met het voorstellen van veranderingen, moet men zich afvragen, of die bewuste aanpassing wel nodig is. En aangezien passief afwachten het wezen van de huisarts nog verder en zelfs in versneld tempo zal afbrokkelen kan men zich afvragen, wat er gebeurt wanneer de huisarts zou verdwijnen.

De patiënt moet het dan stellen zonder een persoonlijke dokter, van wie de patiënt weet dat hij er in tijden van nood terecht kan. Iedere ziekenhuisspecialist zal dan een stukje van de patiëntenzorg overnemen, terwijl niemand verantwoordelijkheid op zich kan nemen voor het integrale karakter van de patiëntenzorg. Iedere behandelende arts zal dan slechts een gebrekkig overzicht hebben van wat zich medisch gezien met een patiënt afspeelt of heeft afgespeeld.⁹ Hiervan zal in de eerste plaats de patiënt zelf de dupe worden. Doch niet alleen de patiënt zal hiervan de gevolgen ondervinden, zelfs de gehele samenleving. Wanneer namelijk de eerste echelonsgeneeskunde niet meer in staat zal zijn een beschermend kordon om de ziekenhuizen te leggen, zal de patiënt zich rechtstreeks wenden tot het ziekenhuis.⁸ Hierdoor zouden de voorzieningen van de ziekenhuizen in belangrijke mate moeten worden uitgebreid. De patiëntenzorg zal tengevolge van een dergelijke ontwikkeling aanmerkelijk duurder worden dan wanneer de voorzieningen ten behoeve van de huisartsgeneeskunde zouden worden uitgebreid. Derhalve zou een dergelijke ontwikkeling niet alleen ten nadele van de patiënt doch ook ten nadele van de gehele samenleving zijn.

Van de zijde van de huisartsen, de Overheid, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, het Nederlands Huisartsen Genootschap en onze Volksvertegenwoordiging is nadrukkelijk de wenselijkheid geuit om de huisarts zijn centrale plaats in het gezondheidsbestel te laten behouden. Echter het uitspreken van dergelijke wensen is niet voldoende. In dit verband moge ik u de ontwikkeling schetsen, die zich in Zweden heeft

voorgedaan. In de Zweedse steden is de figuur van de huisarts als vroegdiagnostikus, als vertrouwendman en als schakel met de ziekenhuissectoren geruisloos weggeorganiseerd, ondanks de beleidsdoelstelling van de Zweedse nationale gezondheidsdienst, welke de handhaving van de huisarts vooropstelt.²⁸

Dames en heren, ik ben van mening dat door het bevorderen van een aantal maatregelen een centrale plaats voor de huisarts behouden kan blijven.

In de eerste plaats zal het instellen van leerstoelen in de huisartsgeneeskunde een goede voedingsbodem zijn voor het uitvoeren van wetenschappelijke arbeid. Wetenschappelijke arbeid die nodig is zowel voor het verkrijgen van beter inzicht in het wezen van het specialisme huisartsgeneeskunde, doch ook van groot belang is om de beoefenaars van dit specialisme de gelegenheid te bieden dezelfde taal te spreken als hun vakbroeders, die zich voelen aangetrokken tot andere richtingen binnen het geneeskundige veld. Dit betere inzicht zal bijdragen tot een meer doelgericht onderwijs dat de toekomstige huisarts een grotere deskundigheid zal kunnen verschaffen, terwijl door dit onderwijs ook die studenten die zich in andere richtingen zullen specialiseren, zich in zodanige mate op de hoogte hebben kunnen stellen van de aard en de functie van de huisarts, dat zij tijdens de uitoefening van hun beroep in staat zullen zijn een nauwere samenwerking met de huisarts op te bouwen dan thans veelal mogelijk is.

Naast de natuurwetenschappelijke en medisch psychologische facetten, die thans reeds in het onderwijsprogramma zijn opgenomen zal de toekomstige huisarts ook kennis moeten vergaren omtrent mogelijkheden en onmogelijkheden van samenwerking met anderen, aangezien op het gemeenschappelijk oplossen van problemen steeds meer de nadruk zal komen te liggen.

Behalve dit onderwijs dat gericht is op de medische student, zal in ruime mate voortgezet onderwijs moeten worden gegeven aan de reeds gevestigde huisartsen, waardoor een bijdrage kan worden geleverd om de kennis van de huisarts en de kwaliteit van zijn werk op peil te houden.

Waar aan de ene zijde de eis wordt gesteld dat de student moet kunnen aantonen dat hij de stages in verschillende takken van de geneeskunde heeft doorlopen, alvorens hem de bevoegdheid te verlenen tot het uitoefenen van de geneeskunde, moet aan de andere zijde ook de garantie bestaan dat zijn kennis aangepast blijft. Dat wil zeggen: voortgezet onderwijs dient verplicht te zijn en mijns in-

ziens niet alleen voor de huisarts, doch voor een ieder die als praktiserend arts werkzaam is.

Tevens is het van het allergrootste belang, dat de thans overbelaste huisarts maatregelen treft, die resulteren in een efficiëntere wijze van praktijkvoering. Bij voorbeeld zoals Saan voorstelt, door het verminderen van het maken van bezoeken ten huize van de patiënt, waarbij het vervoer van de patiënt naar het spreekuur van de huisarts door de verzekeringsinstanties wordt vergoed en door een soepel opgezet systeem van wijksgewijze indeling van de huisartspraktijken met behoud van een zekere mate van vrijheid van artsenkeuze.²⁷

Werkzaamheden die gedelegeerd kunnen worden, moeten ook daadwerkelijk aan daartoe opgeleide hulpkrachten kunnen worden overgedragen. Het lijkt mij onjuist te veronderstellen, dat de huidige doktersassistente, een hulpkracht met een opleiding van één jaar, een opleiding die ook als avondkursus en zelfs gedeeltelijk als schriftelijke cursus kan worden gevolgd, de huisarts op adekwate wijze terzijde kan staan en op verantwoorde wijze taken van hem kan overnemen. Zoals in de ziekenhuizen de verpleegster naast de arts funktioneert, dient ook de hulpkracht van de huisarts een verpleegster of iemand met een gelijkwaardige opleiding te zijn.

Voorts lijkt het mij niet meer reëel te veronderstellen dat een arts zich vierentwintig uur achter elkaar beschikbaar kan stellen ten behoeve van patiëntenzorg, terwijl in de hem omringende samenleving reeds stemmen opgaan die een acht-urige werkdag te lang achten.

De oplossing die thans veelvuldig wordt toegepast, waarbij een groep artsen gezamenlijk avond- en weekenddiensten regelt ieder vanuit zijn *eigen* praktijkhuis, zonder dat veelal de mogelijkheid bestaat tot een voortdurende toegang tot de medische gegevens van de patiënt, die tijdens een waarneming om hulp verzoekt, is gezien de situatie in het verleden weliswaar te beschouwen als een gunstige ontwikkeling, doch mijns inziens stellig niet als een ideale oplossing. Een organisatievorm, waarbij een aantal huisartsen in groepsverband vanuit een *gezamenlijk* praktijkhuis hun patiënten behandelen, zal als een veel betere oplossing beschouwd kunnen worden.

De tot nu toe geschetste mogelijkheden om tot een betere werkwijze van de huisarts te komen, te weten beter aangepast medisch onderwijs, verplicht volgen van voortgezet medisch onderwijs en groepsvorming van huisartsen, zullen in staat zijn een aantal hiervoor onderkende tekortkomingen op te heffen. In het bijzonder zullen groepsvorming en verplichte nascholing als gunstig neveneffect hebben dat huisartsen onderling een veelvuldiger contact onder-

houden, waardoor zeer waarschijnlijk tevens een, in voldoende mate werkzaam intern controlesysteem zal zijn ontstaan.

Dames en heren, ik noemde u reeds dat het karakter van de gezondheidszorg in de eerste linie verandert in die zin dat naast een medisch-technische ook plaats moet zijn voor een sociaal-medische hulpverlening. Hoe gaarne de huisarts dit zelf zal willen bieden, hij zal moeten inzien dat deze hulpverlening slechts kan worden gegeven in onderlinge gelijkwaardige samenwerking met anderen zoals de wijkverpleegster en de maatschappelijk werker of werkster. Daarnaast zullen de organisaties die het beleid van het maatschappelijk werk en kruisverenigingen bepalen alsmede de Overheid de mogelijkheid tot samenwerking moeten bieden. De structuur van de gezondheidszorg dient zodanig te zijn dat teamwork wordt bevorderd. Helaas moet ik vaststellen dat de huidige structuur van de gezondheidszorg teamwork in de weg staat. In vele gemeenten in Nederland bijvoorbeeld werken naast elkaar kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk, gestoeld op verschillende levensbeschouwelijke opvattingen, doch met dezelfde goede bedoelingen. Zelfs wanneer een gemeente reeds vele tientallen jaren geleden is vergroot door samensmelting van een aantal kleinere gemeenten, dan kan men in de huidige konstellatie, als herinnering aan de vroegere begrenzingen hetzelfde aantal kruisverenigingen aantreffen, overeenkomstig het aantal samengevoegde gemeenten. Ook wanneer deze kruisverenigingen behoren tot eenzelfde overkoepelende organisatie, blijkt het niet mogelijk het welhaast tot in het extreme doorgevoerde partikuliere initiatief te overreden tot rationalisering over te gaan. Het zal u wellicht niet verwonderen, dat het de huisarts ook daardoor vaak onmogelijk wordt gemaakt samen te werken met bijvoorbeeld één wijkverpleegster, aangezien zijn praktijkgebied wordt bestreken door een aantal kruisverenigingen met wijkverpleegsters in dienst van die verschillende verenigingen.

Het komt mij voor dat ook de honorering van de huisartsen door de ziekenfondsen enigszins moet worden gewijzigd. Het abonnementsstelsel dat op het ogenblik wordt toegepast, biedt mijns inziens het grote voordeel dat het in overeenstemming is met het continue karakter van de patiëntenzorg die de huisarts verleent. Wanneer eveneens preventieve werkzaamheden tot het terrein van de huisarts worden gerekend, past dit geheel in dit stelsel van honorering. Wel dient echter een zodanige differentiatie te worden aangebracht dat voldoende prikkels tot behoud van de kwaliteit van zijn medische

prestatie aanwezig blijven. Ik denk hierbij aan de mogelijkheid tot het verlenen van verhogingen op het honorarium voor het gevolgd hebben van een vastgesteld aantal uren voortgezet medisch onderwijs, voor het werken in groepsverband, voor het in dienst hebben van personeel ten behoeve van de patiëntenzorg, voor het uitgevoerd hebben van irregulaire verrichtingen zoals avond-, nacht- en week-
enddiensten enz. Hoewel deze voorstellen meer administratieve inspanning vergen, zal dit tot een aanzienlijk grotere prikkel leiden, dan wanneer men voor alle huisartsen eenzelfde aandeel voor de genoemde omstandigheden in het honorarium inbouwt en dan de vrijheid laat om aan de ter beschikking gestelde gelden een andere bestemming te geven, dan aanvankelijk werd bedoeld.

Ik ben mij er terdege van bewust, dat de door mij op papier gezette ideeën zich gemakkelijker laten uitspreken dan financieren. Ik ben er echter van overtuigd dat het verdwijnen van de huisarts uit ons gezondheidsbestel aanzienlijk grotere financiële gevolgen zal hebben. Zowel landelijk doch ook plaatselijk zal moeten worden bezien in welke mate overheid, ziekenfondsen, kruisorganisaties en artsen in dit verband kunnen samenwerken.

Dames en heren, ik vroeg mij reeds af of de huisarts in de toekomst zal kunnen voldoen aan de huidige opvatting omtrent zijn plaats in de gezondheidszorg, namelijk het verlenen van een persoonlijke, integrale en continue zorg. Ik acht het niet onmogelijk dat deze hulp in de toekomst aan persoonlijkheid enigermate zal inboeten. Naar mijn mening zal de huisarts van de toekomst ervoor moeten waken dat, ondanks schaalvergroting van de praktijkvoering de persoonlijkheid en de continuïteit van zijn dienstverlening zoveel mogelijk blijft bestaan. Dit houdt tevens in, dat een uniforme organisatiestructuur voor alle huisartsen in Nederland niet mogelijk doch ook niet wenselijk zal zijn.

Door het invoeren van de door mij voorgestelde veranderingen zie ik de plaats en de functie van de huisarts in belangrijke mate aangepast aan de normen die thans door de samenleving worden gesteld. Toch betwijfel ik, of hiermede in voldoende mate rekening is gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Ik kan mij zeer goed voorstellen dat de huisarts de enige arts wordt, die de gehele patiënt overziend, als koördinator optreedt in een team van specialisten. Dit team kan dan bestaan uit huisartsen, ziekenhuisspecialisten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters. Het voordeel van een dergelijke opstelling is, behalve het feit dat de medische diensten optimaal kunnen worden toegepast, dat een samenwerkingsverband

wordt opgebouwd, waarbij de betrokken partners volgens hetzelfde honoreringssysteem werkende, dezelfde doelstellingen kunnen nastreven zoals het verlenen van optimale gezondheidszorg, preventie van ziekten en gezondheidsvoorlichting. Immers honorering per abonnement impliceert dat polypragmasie wordt tegengegaan, aangezien uit financieel oogpunt bezien de arts meer gebaat is met een genezen c.q. gezonde patiënt dan met een zieke. Bovendien is deze wijze van honorering zeer geschikt om geneeskundige behandeling uit te breiden tot preventie van ziekten.

De arts kan alle noodzakelijke zorg verlenen zonder dat hiervoor voor de patiënt financiële gevolgen aan verbonden zijn en de patiënt wordt niet door financiële belemmeringen geremd om tijdig medische hulp in te roepen.²³ Doch niet alleen ten aanzien van het handelen van de medicus, ook ten aanzien van ziekenhuisbeleid verdient het systeem van honorering per abonnement het overwegen alleszins waard. Het ziekenhuis zal op deze wijze gehonoreerd, gebaat zijn met een zo laag mogelijke bezettingsgraad van de beschikbare bedden, terwijl in het huidige systeem moet worden getracht een zo intensief mogelijke bezetting van de ziekenhuisbedden na te streven, waardoor minder bedden beschikbaar zijn voor patiënten die dringend zouden moeten worden opgenomen. Dit euvel tracht men thans te verhelpen door nieuw te bouwen ziekenhuizen of uitbreiding van bestaande ziekenhuizen, hetgeen de kostenbalans van onze patiëntenzorg zeer nadelig beïnvloedt en de vicieuze cirkel laat bestaan. Aangezien de kosten voor de patiëntenzorg door de gehele samenleving worden gedragen, zal de door mij geschetste ontwikkeling uiteindelijk niet alleen de medicus of het ziekenhuis doch ons allen aangaan.

Dames en heren, u zult mij wellicht tegenwerpen, dat de door mij voorgestane veranderingen in werkwijze van onze patiëntenzorg een nader wetenschappelijk onderzoek vergen, alvorens men kan overgaan tot het bevorderen van dergelijke ingrijpende wijzigingen. Ik wil u opmerkzaam maken op, in dit verband relevante ervaringen die men in de Verenigde Staten van Amerika heeft opgedaan.¹⁰ Hoewel de omstandigheden, waaronder medici aan gene zijde van de oceaan werken zich moeilijk laten vergelijken met onze samenleving, lijkt het mij toch verantwoord de aldaar verkregen ervaringen ernstig te bestuderen. Op verschillende plaatsen heeft men samenwerkingsverbanden gekreëerd, waarbij huisartsen, ziekenhuisspecialisten, paramedische hulpkrachten en ziekenhuizen een gezondheidsdienst vormen, waarvan een ieder gebruik kan maken die zich bij

een dergelijke dienst laat inschrijven. Zowel degenen die hun medische diensten verschaffen, alsook zij die deze diensten ontvangen blijken een dergelijke vorm van samenwerking ten zeerste te waarderen. Bovendien blijken de kosten van deze organisatievorm ongeveer tweederde van de konventionele Amerikaanse vorm van gezondheidszorg te bedragen. Voldoende redenen om deze organisatievorm in Nederland, althans in experimentele vorm aan onze omstandigheden te toetsen. Bij het overwegen welke aanpassingen ons gezondheidsbestel dient te ondergaan, zal men de gulden middenweg moeten trachten te vinden tussen het op goed geluk invoeren en het eerst aan de praktijk toetsen met de laatst overlevende huisartsen.

De Sectie Gezondheidszorg van de Medische Faculteit Rotterdam, waarin samenwerken de afdelingen Epidemiologie, Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sociale en Preventieve Psychiatrie en Huisartsgeneeskunde, heeft zich reeds bereid verklaard haar medewerking te verlenen bij het opstellen van een model voor een gezondheidsbestel.

Ik acht het echter van wezenlijk belang dat allen die met organisatie en uitvoering van gezondheidszorg hebben te maken, hun krachten inzetten voor het ontwerpen van het toekomstig gewaad van de huisarts. Dit gewaad zal uiteraard zodanig dienen te zijn dat de huisarts van de toekomst – of wel de huisarts na twaalven – zich niet in zijn hemd voelt staan.

Het zal u naar ik aanneem duidelijk zijn dat het uitwerken van een dergelijk omvangrijk plan niet het werk van één persoon kan zijn. Het is ook om deze reden dat het mij niet mogelijk is u een omschreven toekomstbeeld van de huisarts voor te leggen. Mogelijk dat het voorgaande kan dienen als een aantal bouwstenen voor dat toekomstbeeld.

Ik wil er echter met nadruk op wijzen dat de tijd dringt. Ik ben dan ook van mening en ik hoop u dat te hebben mogen verduidelijken dat het uur van twaalven reeds dicht is genaderd.

Ik heb gezegd.

*Slechts vernieuwing kan behouden,
achter raakt wie stil blijft staan.*

POTGIETER

LITERATUUR

1. Acheson, E.D., *University, Medical School and Community*. Brit. Med. J. (1970) 2:683
2. *Begrotingsdebat 1970 Sociale Zaken en Volksgezondheid*. Med. Contact (1970) 8:175 en 179
3. Byrne, P.S., *Preparations for teaching in general practice*. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1969) 17:69
4. Dokter, H.J., *Om de toekomst van de huisarts*. Huisarts en wetensch. (1969) 12:81
5. Dijkhuis, H.J.P.M., *Dokters, Doctrinair en Pragmatici*. Inaugurele Rede. Uitg. Universitaire Pers, Leiden 1969
6. Dijkhuis, H.J.P.M., *Algemene artsen, huisartsen nieuwe stijl en huisartsen-specialisten*. Huisarts en wetenschap (1970) 13:207
7. Es, J.C. van, *Het moderne gewaad van de huisarts*. Inaugurele Rede. Uitg. Van Gorcum en Comp. N.V., 1967
8. Fry, J., *Medicine in Three Societies*. Uitg. M.T.P. Chiltern House, Aylesbury Buchs, 1969
9. Fry, J., *Profiles of Disease*. Uitg. E. en S. Livingstone Ltd., 1966
10. Garfield, S.R., *The Delivery of Medical Care*. Scientific American (1970) 222:15
11. Huisarts en Publiek. *Rapport van Makrotest N.V.* Med. Contact 19:479
12. Huisarts en Universiteit. *Interim-Rapport Werkgroep Scholing*. Nederlands Huisartsen Genootschap. Maart 1968
13. Huygen, F.J.A., *Gezin en Gezondheid*. Inaugurele Rede. Uitg. Dekker en Van der Vegt, N.V., Nijmegen-Utrecht, 1968
14. Janse de Jonge, A.L., *Kan de huisarts een integrale of anthropologische geneeskunde beoefenen*. Huisarts en wetensch. (1964) 7:326
15. Lamberts, H.J., *Wat kan de huisarts aan zijn toekomst doen*. Med. Contact (1970) 27:715
16. Loon, P.C.J. van, *Nieuwe structuren behoeven een nieuwe mentaliteit*. Ziekenfondsvragen, maart 1967
17. Lüth, P., *Niederlassung und Praxis*. Uitg. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1969
18. Morris, J.N., *Tomorrow's Community Physician*. The Lancet (1969) 2:811
19. Peart, W.S., *Death of the Professor of Medicine*. The Lancet (1970) 1:401
20. Polak, B.S., *Opleiden in last*. Openbare les. Uitg. Wetenschappelijke Uitgeverij N.V., Amsterdam, 1970
21. Price, H.C., *Medical computer applications in the U.K.* Rede tijdens congres over Computer applications in the field of Medicine. Univac International Executive Centre, Rome 1969
22. Primary Medical Care. *Report of B.M.A. Planning Unit*. Brit. Med. J. (1970) 2:535
23. *Rapport van de Commissie huisartsen*. Rapport uitgebracht aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de Minister van Onderwijs en Wetenschappen. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1968
24. Redactioneel artikel. *Huisarts en specialist in de Verenigde Staten*. Med. Contact (1970) 12:287
25. Redactioneel artikel. *Gemeenschapsgeneeskunde voor het Engels artsexamen*. Med. Contact (1969) 50:1399
26. Rijssel, Th. G. van, *Naast Mes en Microscop*. Inaugurele Rede. Uitg. E. IJdo, N.V. Leiden, 1956
27. Saan, M., *Huisarts en Samenwerking*. Med. Contact (1969) 51-52:1427

28. Smulders, A.J.M., *Een vergelijking tussen de opbouw van de gezondheidszorg in Zweden, West-Duitsland, Nederland*. Eind-rapport van een studiereis – gemaakt in 1965 – als Fellow van de Wereld-Gezondheidsorganisatie. Breda 1966.
29. Thiadens, A.J.H., M.J. Smulders-Aghina, *Huisarts van de toekomst, van behandeluur naar spreek-uur, op afspraak naar inspraak*. Katernen 2000/1970/3 Uitg. Wolters-Noordhoff N.V.